

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

No 561

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1899, à 9 heures

Par A. CARON

Né à Gueschart (Somme), le 13 septembre 1866.

DU TRAITEMENT
DES PHLEGMONS ISCHIO-RECTAUX
PAR L'INCISION SIMPLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM.

}	BLUM, Professeur.
	HUMBERT et LEGUEU, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

561

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1899, à 9 heures

Par A. CARON

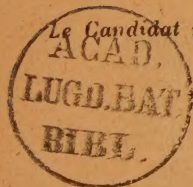
Né à Gueschart (Somme), le 13 septembre 1866.

DU TRAITEMENT
DES PHLEGMONS ISCHIO-RECTAUX
PAR L'INCISION SIMPLE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } BLUM, Professeur.
 } HUMBERT et LEGUEU, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.		BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHET.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....			HUTINEL.
Anatomie pathologique.....			LANNELONGUE.
Histologie.....			CORNIL.
Opérations et appareils.....			MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....			TERRIER.
Thérapeutique.....			POUCHET.
Hygiène.....			LANDOUZY.
Médecine légale.....			PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....			N...
			CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		}	POTAIN.
			JACCOUD.
			HAYEM.
			DIEULAFOY.
			GRANCHER.
Maladies des enfants.....			JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....			BERGER.
		}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....			LE DENTU.
			TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GUYON.
Cliniques d'accouchements.....		}	BUDIN.
			PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES PREMIERS MAÎTRES

De l'Ecole de Médecine d'Amiens

MM. LES PROFESSEURS LENOEL
MOULONGUET, PEUGNIEZ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par M. le Dr Arrou, chirurgien des hôpitaux, à propos de deux cas qu'il a eus à soigner dans sa clientèle privée.

La question du traitement des abcès ischio-rectaux n'est pas précisément nouvelle : il y a plus de 150 ans qu'on discute sur l'intervention la plus opportune et actuellement encore, les deux grandes méthodes en présence ont conservé leurs partisans.

Les uns veulent, comme Faget, fendre le rectum et le sphincter dans tous les cas ; les autres, avec Foubert, préfèrent ne jamais intéresser l'intestin et se contentent de faire une incision simple, concentrant ensuite tous leurs soins sur la direction de la cicatrisation.

Entre ces deux méthodes extrêmes il y avait place pour une conduite moyenne et beaucoup de chirurgiens se sont appliqués à préciser les indications respectives de l'une et de l'autre méthode.

Il nous semble qu'actuellement il y a une tendance, mal dessinée encore, à étendre les indications de la méthode de Foubert.

Les deux observations que M. Arrou a bien voulu nous communiquer sont des exemples remarquables de succès obtenus par cette méthode.

Sans idée préconçue, notre but est de rechercher, par l'étude de ces faits et d'autres semblables, si la méthode de Foubert offre des avantages sur celle de Faget. Il ne serait pas chirurgical de prendre parti exclusivement pour elle, et nous accorderons que, dans certains cas, on peut au moins discuter l'opportunité de la méthode de Faget.

Chassaignac reprochait à Foubert de « n'avoir pas le sens pratique très développé, tout en raisonnant d'ailleurs fort bien dans son cabinet ». Nous essaierons de ne pas encourir ce reproche en nous appuyant exclusivement sur les faits.

Nous entendons nous limiter dans notre étude aux abcès chauds de la fosse ischio-rectale. Nous laisserons donc volontairement de côté les abcès froids, quelle que soit leur origine, et les abcès sous-cutanés, muqueux et superficiels de la marge de l'anus.

Il s'agit uniquement des abcès ischio-rectaux vrais ; ce sont d'ailleurs les plus importants au point de vue du traitement, puisque dans ces cas seulement le sphincter anal est en cause.

Pour éviter tout malentendu, nous jetterons un coup d'œil, dans un premier chapitre, sur l'anatomie de la région.

Nous verrons ensuite par quels symptômes se manifestent les collections purulentes amassées en ce point et comment on peut les distinguer des autres abcès de la région anale.

Nous considérons ces deux chapitres comme très importants, car nous verrons que les partisans de la méthode de Faget ont reproché à Foubert et à ses imitateurs de n'avoir eu de succès que dans de faux abcès ischio-rectaux. Il importe donc de bien nous entendre au préalable sur le point en discussion, afin que la nature des faits que nous rapporterons ne puisse être mise en doute.

Quand nous connaissons bien le siège et l'aspect clinique de ces abcès, nous chercherons quel traitement on leur a appliqué, nous donnerons l'opinion des maîtres de la Chirurgie depuis Faget et Foubert et les faits qu'ils rapportent à l'appui.

Cette étude nous permettra de dégager dans le chapitre suivant la méthode de choix à appliquer au traitement de ces abcès.

Nous grouperons ensuite avec détails les observations que nous aurons pu recueillir et nous conclurons.

Notre travail comprendra donc six chapitres :

- I. Considérations anatomiques.
- II. Tableau clinique des abcès ischio-rectaux.
- III. Historique.
- IV. Méthode de choix.
- V. Observations.
- VI. Conclusions.

M. le Dr Arrou, chirurgien des hôpitaux, avec une exquise amabilité, a bien voulu nous confier l'étude de ce sujet et nous aider de ses savants conseils. Nous le prions d'agréer nos bien sincères remerciements.

M. le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous espérons qu'il voudra bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous ne pouvons oublier nos très chers maîtres de l'Ecole de Médecine d'Amiens : MM. les professeurs Lenoël, Moulonguet et Peugniez qui nous ont donné tant de marques de sympathie ; nous les prions d'agréer notre respectueux souvenir.

M. le Dr Pauchet, d'Amiens, a bien voulu ces temps derniers nous aider de ses précieux conseils ; nous lui adressons nos meilleurs remerciements.

Enfin nous ne pouvons oublier M. le Dr Moine, médecin principal à Nancy qui, au début de notre carrière, nous a donné des conseils pratiques dont nous avons pu depuis apprécier la haute valeur.

CHAPITRE I

Considérations anatomiques.

Il existe, entre le rectum et l'ischion de chaque côté, une large excavation remplie de graisse, à laquelle on donne le nom de fosse ischio-rectale. Il y a donc deux fosses ischio-rectales, une droite et une gauche.

Chacune de ces cavités a la forme d'une pyramide triangulaire à sommet dirigé en haut.

La face externe est constituée par l'ischion et la paroi osseuse qui lui fait suite, doublés par le muscle obturateur interne ; ce muscle est tapissé lui-même par une solide aponévrose.

La face interne est formée par le releveur de l'anus doublé également d'une aponévrose.

Le sommet répond à l'union du releveur et de l'obturateur interne.

La base est circonscrite en avant par le muscle transverse du périnée ; en dehors par l'ischion ; en ar-

rière, par le bord inférieur du muscle grand fessier ; en dedans, par l'anus.

Le siège exact des abcès que nous étudions réside dans cette cavité, c'est-à-dire au-dessus ou en dehors du sphincter externe, par rapport à l'anus. Ce sont donc les abcès extra-sphinctériens de Reclus et il est évident qu'on ne peut, en les ouvrant, sectionner l'intestin sans diviser en même temps le sphincter.

Des conditions anatomiques spéciales font que les abcès de cette région abandonnés à eux-mêmes ne se localisent pas en ce point, et ont, en raison de leur profondeur et de leur virulence, une tendance à fuser dans différentes directions.

Ils peuvent perforer le rectum et cette perforation est favorisée par ce fait, qu'au point où les fibres du releveur s'unissent à celles du sphincter externe, la fusion n'est pas complète : elles sont séparées ça et là par des fibres longitudinales, des vaisseaux et du tissu cellulaire. Le tissu cellulaire est plus abondant en avant, et il existe là, d'après M. Quénu, un petit espace triangulaire comblé par du tissu cellulaire lâche ; « c'est un point faible, un défaut de cuirasse pour le rectum, et c'est par lui souvent que le pus formé dans la fosse ischio-rectale pénètre dans l'intérieur du rectum. »

Les collections purulentes de la fosse ischio-rectale peuvent, en outre, fuser en arrière, au-dessus du bord inférieur du grand fessier.

Le releveur de l'anus en haut, les cloisons ano-bulbaire et ano-coccygienne sont des barrières à travers lesquelles les affections suppuratives peuvent se frayer un chemin.

Aussi, à côté des abcès ischio-rectaux purs, on peut avoir des prolongements fessiers, pelviens, périnéaux superficiels, vulvaires avec ouverture dans les grandes lèvres, rétro-prostatiques, sous-cutanéomuqueux, décolant et perforant le rectum, rétro-anaux ou ischio-rectaux doubles.

Les vaisseaux lymphatiques de la région se rendent dans les ganglions externes du pli de l'aîne.

CHAPITRE II

Etude clinique des abcès de la fosse ischio-rectale.

Nous venons de voir le siège exact des abcès ischio-rectaux que nous étudions.

Nous croyons utile de préciser en quelques mots l'aspect clinique qu'ils présentent et d'insister sur les moyens de les reconnaître, en les distinguant des faux abcès ischio-rectaux.

On sait, en effet, que M. Reclus les considère comme peu fréquents et pense que, souvent, on a pris pour des abcès ischio-rectaux vrais, de simples abcès sous-cutanéomuqueux, qu'il appelle intra-sphintériens.

Il importe donc que nous précisions ce que nous entendons sous le nom d'abcès ischio-rectaux au point de vue clinique, afin que nos observations et notre traitement s'appliquent à des cas cliniques bien déterminés.

Au début de la maladie, les symptômes sont assez

obscurs et il peut être difficile d'indiquer dès le premier jour le siège de l'inflammation.

Les recherches étiologiques ne peuvent guère aider : c'est un malade qui a subi un traumatisme dans la région, du fait d'un coup de pied, d'un voyage sur une banquette dure, d'une longue promenade à cheval ; c'est un corps étranger quelconque qui a été introduit dans le rectum à une profondeur indéterminée ; c'est une poussée congestive du côté d'hémorroïdes profondes, etc.

Ce sont toutes causes banales, qui provoquent aussi bien les abcès intra-sphinctériens que les abcès ischio-rectaux.

Le malade éprouve une sensation vague de pesanteur, de tension dans la région anale ; la marche est pénible de même que la station assise ; le passage du bol fécal lui-même est peu douloureux et ce sont les efforts que fait le malade qui surtout éveillent la douleur.

Un des premiers symptômes auquel M. Tillaux attache une grande importance, c'est la *dysurie* et même la rétention complète, du moins chez l'homme ; elle n'est d'ailleurs pas très rare chez la femme et nous en rapportons des exemples.

Bientôt on voit apparaître une tumeur phlegmoneuse, chaude, rouge, douloureuse à la pression, qui s'étend de l'anus à l'ischion et de la partie postérieure des bourses au coccyx.

Pendant ce temps, les phénomènes généraux se sont manifestés, le malade a de la fièvre, des frissons, de

l'inappétence. Pourtant « ces phénomènes généraux, « font remarquer Follin et Duplay, sont souvent assez « peu intenses, insidieux même ; ils ne sont pas, en « général, de longue durée, de sorte que la fièvre est « souvent tombée avant qu'on trouve une tendance à « la suppuration. »

Un point très important encore sur lequel Follin et Duplay insistent, c'est la dureté persistante de la tumeur et, d'après eux, « cette apparence de phlegmon chronique est l'un des bons caractères des abcès du « creux ischio-rectal. »

Cette dureté et la lenteur du ramollissement tiennent à ce que l'inflammation se propage aux tissus les moins résistants, le tissu cellulaire, au lieu de se porter directement vers l'extérieur :

« La peau, au lieu de s'amincir et de se disposer à « l'ouverture, s'indure et se double d'une sorte de « cape résistante qui refoule le pus du côté de la « profondeur de la région. » (Follin et Duplay.)

Aussi la fluctuation est toujours tardive et difficile à percevoir.

Les décollements se prolongent vers les points faibles et donnent lieu aux diverticules périnéaux, pelviens, fessiers, aux abcès en fer à cheval, à la perforation du rectum, constituant ainsi ce que Chassaignac appelait une véritable « dévastation ».

Le toucher rectal est souvent impossible à cause de la douleur atroce qu'il provoque, mais quand on réussit à le pratiquer, on constate, au-dessus du sphincter, que la paroi rectale bombe, refoulée par une masse durè, douloureuse à la pression.

Si l'affection est assez avancée pour que le pus soit formé, la main placée sur la tumeur périnéale perçoit l'impulsion qu'imprime le doigt intra-rectal à la collection purulente.

Dans certain cas, le phlegmon ischio-rectal a une marche plus rapide qui lui a valu le nom de gangréneux ; le malade est en proie à une fièvre intense, il y a de la stupeur au visage, de la prostration, des frissons violents et si l'on n'intervient rapidement, la mort par septicémie est la terminaison presque fatale.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau clinique de l'abcès chaud de la fosse ischio-rectale.

On ne le confondra certainement pas avec l'abcès margellaire purement cutané, comparable aux abcès tubéreux de l'aisselle, qui est localisé, essentiellement superficiel et ne s'accompagne d'aucun trouble général ; en quelques jours son évolution est complète.

Mais où la difficulté est plus grande, c'est quand il s'agit de distinguer l'abcès ischio-rectal de l'abcès sous-cutanéomuqueux ou intra-sphinctérien.

On peut arriver à faire le diagnostic même si le toucher rectal est impossible.

L'évolution des abcès intra-sphinctériens est beaucoup plus rapide et ils ont une tendance marquée à s'ouvrir à la peau. Celle-ci se modifie très vite ; elle devient rouge, elle s'amincit, en un mot, elle se prépare rapidement pour l'ouverture, suivant l'expression de Follin et Duplay.

La tumeur est plus superficielle, empiète davantage sur l'orifice anal et la fluctuation est bientôt très nettement perçue.

Il n'y a pas, en général, de dysurie ; au contraire, le passage du bol fécal est très douloureux.

Si l'on peut pratiquer le toucher rectal, alors le diagnostic devient certain. Si l'ampoule rectale est libre, on a affaire à un phlegmon intra-sphinctérien ; mais pourtant, il peut arriver que, même dans ce cas, l'ampoule rectale ne soit pas libre ; mais la tumeur qui l'occupe est bien plus molle et cède plus facilement sous le doigt que s'il s'agit d'un abcès de la fosse ischio-rectale.

Si la suppuration s'est fait jour à la peau dans les deux cas, les caractères de la tumeur seront moins nets ; néanmoins, on retrouvera, s'il s'agit d'un abcès ischio-rectal, une dureté particulière ; au contraire, si c'est un abcès sous cutanéomuqueux, on tombera sur une partie molle qui donnera la sensation d'une poche vidée.

La pénétration du stylet à une grande profondeur, que quelques auteurs ont donnée comme un bon signe diagnostic, a peu de valeur ; Reclus insiste sur ce point, et cite le cas d'un jeune malade de 16 ans, chez qui le stylet remontait le long du rectum à une hauteur considérable et pourtant l'intervention démontra qu'il s'agissait d'un abcès intra-sphinctérien.

Mais il y a quelque chose qui existe toujours, c'est le sphincter.

On se rend facilement compte si on le franchit ou non, d'autant mieux que par réflexe il se contracte comme tout muscle derrière lequel existe une douleur ; avec un peu d'éducation, on arrive en outre à apprécier sûrement s'il est placé ou non entre le doigt intra-rectal et le stylet.

Tels sont les principaux traits qui permettront de faire le diagnostic et il nous semble que, si on a présents à l'esprit ces quelques caractères différentiels, on distinguera toujours les abcès ischio-rectaux vrais des abcès sous-cutanéomuqueux ou intra-sphinctériens.

Maintenant que nous nous sommes entendus sur le siège et les caractères cliniques des abcès ischio-rectaux, nous allons voir quel traitement leur ont appliqué les chirurgiens depuis qu'on les a bien étudiés.

CHAPITRE III

Historique.

Nous ne savons si, à propos du traitement des abcès ischio-rectaux, Hippocrate disait oui et Galien disait non, mais il est certain que la discussion, pour être plus tardive, n'en fut pas moins ardente.

Jusqu'au commencement du xviii^e siècle il était simplement admis qu'il fallait ouvrir les abcès de la marge de l'anüs.

Ambroise Paré conseillait de les ouvrir de bonne heure : « Il faut avoir garde de les laisser meurir » ; « Il faut ouvrir la tumeur encore verdelette ».

Au commencement du xviii^e siècle, on précise le manuel opératoire et depuis cette époque deux méthodes sont en présence, la méthode de Faget qui conseille de diviser le rectum et celle de Foubert qui se contente d'inciser l'abcès, sans intéresser l'intestin.

Les deux méthodes ont eu de zélés partisans et, pen-

dant un siècle, les chirurgiens emploient les uns exclusivement la méthode de Faget, les autres la méthode de Foubert.

A mesure que les cas se multiplient et sont mieux étudiés, une troisième école se crée, qui emploie l'une et l'autre méthode, en reconnaissant à chacune des indications spéciales.

L'origine de la discussion remonte à 1702.

A cette époque *Saviard*, dans un petit volume intitulé : *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, publie trois observations et déclare que, « pour guérir radicalement les abcès qui se forment aux environs de l'an^s, il faut nécessairement couper l'intestin qu'il ne soit pas percé ».

Mais cette publication passa inaperçue et c'est en 1743 que Faget présente à l'Académie de Chirurgie un mémoire « sur les grands abcès du fondement ». — « Il faut, dit-il, inciser et fendre le rectum, pour procurer sa réunion avec les parties voisines. Sans cette précaution, il se produit des récidives qui obligent à des opérations bien plus considérables que n'eût été la première. »

Faget cite à l'appui l'observation d'un malade victime, selon lui, d'incisions parcimonieuses. Il s'agissait d'un abcès ischio-rectal droit ; on fit une petite incision ; 15 jours après survint un autre abcès du côté gauche qu'on ouvrit de même.

La suppuration ne tarissait pas et, au bout de 5 mois, le rectum était décollé sur tout son pourtour. Faget vit alors le malade, « perça le rectum avec un gros stylet

« et fit une anse; il coupa un lambeau de la peau coccy-gienne jusqu'à la partie moyenne du périnée et re-trancha quelques callosités exubérantes ».

Il termine en donnant le précepte suivant : « Dans tous les cas, si l'abcès s'étend dans les graisses et si l'intestin est dénudé, il faut ouvrir le rectum jusqu'au fond du décollement, comme pour l'opération de la fistule sinon les collections purulentes se reforment et la plaie devient fistuleuse.

« Le rapprochement du rectum avec les autres parties est empêché par la contraction des fibres circulaires de cet intestin. En conséquence, il faut les couper jusqu'au fond de l'abcès.

« On évite l'incontinence, car les releveurs font fonction de sphincter et retiennent parfaitement les matières solides, liquides ou gazeuses. »

Cette ligne de conduite ne fut pas acceptée sans discussion et quelque temps après, Fouberts soutint devant la même Académie de Chirurgie la thèse opposée. Il rapporte plusieurs observations d'abcès ouverts spontanément ou traités par l'incision simple, petite, n'intéressant pas le rectum, et qui guérissent sans laisser de fistule.

La troisième observation, en particulier, est intéressante : Il s'agit d'un homme de 50 ans, très affaibli, porteur d'un gros abcès qu'il guérit en trois semaines par l'incision simple.

Une autre observation a trait à une femme dont l'abcès ischio-rectal s'était ouvert dans le vagin; on fit une contre-ouverture près de l'anus, mais il resta une fistule qui fut opérée plus tard avec succès.

Foubert pense que cette seconde opération fut moins grave que n'eût été la première avec incision du rectum.

Voilà donc les deux méthodes en présence.

Foubert jouissait d'une très grande autorité ; aussi les partisans de Faget furent peu nombreux au début :

Jean-Louis Petit et Richeraud furent à peu près les seuls.

Jean-Louis Petit (*Œuvres posthumes*, 1790) « introduit le doigt dans le rectum et incise les téguments de haut en bas jusqu'à la peau, en même temps qu'en dehors jusqu'à l'ischion ».

Richeraud (*Mosographie chirurgicale*, 1805) fait à peu près de même ; il adopte l'incision parallèle au pli inter fessier si le phlegmon est volumineux.

Au contraire, Foubert a de nombreux partisans :

Debalz (Th. du Collège de Chir., 1761 : *De ani abscessibus*) conseille l'incision simple.

Tisseyre (Th. Paris, 1811) conseille d'inciser avant que la fluctuation soit perçue ; l'incision ira de l'anus à l'ischion si l'abcès est petit, ou sera parallèle au pli inter fessier si l'abcès est volumineux, mais n'intéressera pas le rectum.

Montagnon (*Ann. clin. de Montpellier*, 1814) fait d'abord une incision de l'anus à l'ischion ; sur cette incision il en fait tomber une deuxième dirigée en avant vers le périnée, entre l'ischion et le raphé médian.

Lhomme (Th. Paris, 1839) conseille une ou deux incisions parallèles au sillon inter fessier si l'abcès fait le tour de l'anus. On opérera la fistule, s'il y a lieu, quand les pertes de substance seront réparées.

Bertheraud (Th. Paris, 1853) conclut à l'incision précoce, incision simple, même dans le cas de décollement ou de perforation du rectum, quitte à opérer plus tard la fistule s'il y a lieu.

Daniel Mollière (*Maladies de l'anus et du rectum*) fait l'incision de bonne heure, parallèlement au pli interfessier. Si le pus est formé, il fait une incision plus grande, mais qu'il trouve toujours suffisante, même s'il y a perforation du rectum. Il n'incise jamais le sphincter, car il craint beaucoup l'incontinence consécutive.

Gosselin (*Dict. de Méd. et Chir. prat.* : Art. *Anus*) n'a employé que deux fois la méthode de Faget et pour des abcès superficiels; il trouve qu'en employant la méthode de Foubert « la fistule, bien que probable, n'est « pas certaine et que si elle ne doit pas avoir lieu, il « est inutile de soumettre le malade aux lenteurs de la « cicatrisation d'une grande incision ».

Ardilouze (Th. Paris, 1873) trouve que la méthode de Foubert donne de bons résultats.

Laroyenne (*Gaz. heb.*, 1872) se pose en ardent défenseur de la méthode de Foubert; il ouvre largement les abcès ischio-rectaux et leurs diverticules, et obtient la guérison même quand il y a perforation du rectum. Il n'émet un doute que pour le cas où il y aurait une large perte de substance de la paroi rectale.

Même dans ce cas, il ferait d'abord l'incision simple, puis traiterait plus tard la fistule, s'il en restait une.

Entre ces auteurs d'opinion bien tranchée se placent nombre de chirurgiens qui emploient l'une ou l'autre méthode suivant les cas.

Marchand (*Journ. deméd.*, 1775) se guide sur les complications; s'il y a simple décollement du rectum, il se contente de l'incision simple, mais si l'intestin est perforé, il emploie la méthode de Faget.

Michaud (Th. du Collège de Chir., 1788).

Sabatier (*Méd. éclairée par les sc. nat.*, 1791) règlent leur conduite d'après la cause des abcès.

Pour eux, ces abcès sont dus à des causes extérieures au rectum qui reste sain, quoique dénudé; ou bien à des altérations ou à des perforations rectales, ce sont des abcès stercoraux.

Dans le premier cas, l'incision simple suffit; dans le second, il faut diviser l'intestin.

Vallet (Th. Paris, 1803), Aublet (Th. Paris, 1804) reproduisent les conclusions de Sabatier.

Manes (Th. Paris, 1819) donne comme condition de succès que l'on comprenne la perforation rectale dans l'incision.

Lalanne (Th. Paris) prend en considération l'état général du malade; il faut d'abord l'incision simple de l'abcès, puis, quand la région est affaissée et dégorgée, il cherche la perforation rectale et ouvre l'intestin.

Velpeau (*Dict.* en 30 vol., 1832) fait intervenir un nouveau facteur, la notion de siège de l'abcès : Il applique la méthode de Faget aux abcès sous-sphinctériens et la méthode de Foubert aux abcès plus étendus et plus profonds, car, s'il n'y a pas de perforation, le malade peut guérir sans fistule; s'il y a une perforation et qu'elle ne soit pas comprise dans l'incision, il persistera une fistule.

Ribes (*Mém. de Phys. de Chir. et de Pathologie*, 1841-45) revient aux idées de Sabatier.

Nélaton (*Elém. de Path. Chir.*, 1858) est de l'avis de Velpeau : il n'emploie la méthode de Faget que quand l'abcès ne s'étend pas au-dessus du sphincter.

Au milieu de ces avis mitigés,

Chassaignac (*Dict. encyclop. des Sc. méd.* : Art. *Anus*) intervient et prend franchement parti pour Faget : il n'emploie que l'incision qui rayonne vers l'anus et déclare que « toutes les fois qu'on s'est borné à l'incision antéro-postérieure on est sûr d'avoir une fistule ».

Il faut, pour lui, fendre l'intestin, même quand il n'est pas malade.

Si nous cherchons quelle est l'opinion des chirurgiens actuels, nous trouvons à côté de partisans résolus de Faget, des partisans de Foubert, mais la plupart reconnaissent à chacune de ces deux méthodes ses indications spéciales.

La communication de M. Bazy à la Société de Chirurgie en 1887 a été le point de départ d'une réaction en faveur de la méthode de l'incision simple.

Il nous semble que dans les publications récentes la tendance est de revenir à la méthode de Foubert et de n'avoir recours à la méthode de Faget que quand il y a une perforation du rectum.

Parmi les partisans de Faget, il convient de citer en première ligne M. Reclus qui nous paraît irréductible. Ses cliniques de l'Hôtel-Dieu (1888), de la Pitié (1894), les thèses de ses élèves de Barau, de Muratel (1886) et Meloche (1887) sont de chaleureux plaidoyers en faveur de la méthode de Faget.

Partant de ce principe, que « tout abcès de la fosse ischio-rectale est une fistule en puissance », il déclare que la section du rectum est tout à fait nécessaire, lors même que cet organe est sain ».

Il ne faut tenir aucun compte de l'appareil musculaire du rectum ; on évitera seulement d'inciser le sphincter en deux endroits à la fois. M. Reclus l'a néanmoins fait une fois sans inconvénient.

Trélat, que nous pouvons ranger parmi les contemporains, incise le rectum dans presque tous les cas ; pourtant, dit-il, il est certain que l'incision simple peut aussi amener la guérison sans fistule.

Berger (Soc. de Chir., 1887) emploie couramment la méthode de Faget, mais a eu un succès remarquable par l'incision simple, dans un cas d'abcès diabétique de la fosse ischio-rectale.

Horteloup (Soc. de Chir., 1887) dit qu'il a toujours recours à la méthode de Faget.

Potherat (*Traité de Chir. Duplay et Reclus*) se déclare partisan de la méthode de Faget et trouve que « l'amélioration de l'arsenal chirurgical, les progrès considérables de l'antisepsie, ont enlevé à ses détracteurs leurs meilleurs arguments ».

Guinard (*Rev. gén. de Méd. et de Chir.*, 1898) trouve que « l'abcès et la fistule ne sont que deux phases différentes de la même affection » ; aussi il appelle les abcès de la marge de l'anus des « *fistules aveugles* ».

A côté de ces chirurgiens qui appliquent à tous les cas d'abcès ischio-rectaux la méthode de Faget, se placent ceux qui tiennent une conduite intermédiaire, les

uns, comme Forgue, comme Duplay, avec une tendance à préférer la méthode de Faget, les autres, comme Bazy, Terrier, comme Quénu et Hartmann ou leurs élèves Cougneuc et Etchepare, avec tendance à préférer la méthode de Foubert et à l'employer le plus souvent possible.

Bazy présente en 1887 à la Société de Chirurgie les observations de deux malades soignés et guéris par l'incision simple.

Pour lui, cette méthode ne peut s'appliquer aux abcès tuberculeux de la région anale, ni aux abcès ouverts dans le rectum, ni aux abcès gangréneux. Mais pour les abcès ischio-rectaux non ouverts dans le rectum, « l'incision, le lavage du foyer, le drainage, forment « un procédé qui abrège considérablement la durée du « traitement. On peut, en 10 ou 12 jours, guérir ainsi « un abcès de la fosse ischio-rectale ».

Forgue (Forgue et Reclus : *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, 1898) tout en avouant que « le traitement anti-septique, et surtout le pansement drainant à la gaze iodoformée, lui permet, après incision large et précoce de l'abcès, de se dispenser, dans maints cas, de fendre la paroi de l'intestin sur toute la hauteur du décollement », trouve que néanmoins la méthode de Faget garde ses indications :

1^o Abcès ischio-rectaux tardivement incisés ou s'étant accompagnés rapidement d'une fonte suppurée de la fosse, ce qui crée à son comblement des conditions défavorables ; 2^o Abcès à clapiers secondaires, propices aux rétentions.

Duplay (*Gaz. des Hôp.*, 1892) trouve qu'il est trop absolu de sectionner le sphincter dans tous les cas ; il ne le fait que si la muqueuse est décollée et amincie sur une certaine étendue et, à plus forte raison, si le rectum est perforé. « Mais, ajoute-t-il, dans nombre de cas, « cette section restera inutile, et l'incision simple, suivie de tamponnements faits soigneusement à la gaze iodoformée, suffira pour assurer la guérison sans « fistule ».

Terrier est à peu près du même avis, mais paraît avoir une préférence plus marquée pour l'incision simple : « J'ai employé assez souvent cette pratique qui « m'a donné d'excellents résultats ».

Tillaux, partisan de la méthode de Faget pour les abcès superficiels et intra-sphinctériens, ne s'y résout qu'avec peine pour les abcès ischio-rectaux : « Lorsque, « dans un abcès limité à la fosse ischio-rectale, vous « constaterez une communication évidente avec le rectum, lorsque, à l'aide du toucher rectal, vous trouvez « la paroi du rectum décollée et amincie dans toute la « hauteur du foyer, comprenez cette paroi dans l'incision, car il est à peu près sûr qu'une fistule succèdera à l'abcès. Dans les conditions opposées, contentez-vous de l'incision de la paroi cutanée. »

Quénu (*Gaz. Méd.*, Paris, 1894) ne fait qu'à regret l'incision du sphincter, et ce n'est que quand il est appelé trop tard, mais jamais il ne la fait d'emblée : « Si le « pus a déjà déterminé la perforation des parois rectales, la section de celles-ci est une mesure à laquelle « il faut bien se résoudre, mais si vous êtes appelés de

« bonne heure, et que vous puissiez agir lorsque,
« comme disent les anciens, l'abcès est encore vert,
« rien ne vous empêche de tenter la simple ouverture
« large antéro-postérieure, respectant l'intégrité du
« sphincter et ne déformant pas l'anüs. »

Hartmann (Quénu et Hartmann : *Chirurgie du rectum*)
exprime la même opinion :

« Nous évitons de fendre les tuniques rectales dans
« toute la hauteur de l'abcès, de manière à ménager,
« autant que possible, l'appareil musculaire de la
« région. L'incision de toutes les tuniques intestinales
« ne nous semble utile qu'autant qu'il existe déjà une
« perforation de l'intestin, et doit, dans ce dernier cas,
« remonter jusqu'à la perforation. »

Cette tendance à employer le plus souvent possible
la méthode de Foubert est encore plus accentuée dans
un ouvrage récent, le tome VIII du *Traité de Chirurgie*,
de MM. Le Dentu et Delbet : « Lorsque l'abcès siège
« vraiment dans le creux ischio-rectal, il ne faut jamais
« fendre le rectum. Dans ce cas, mettre en communi-
« cation l'abcès avec le rectum, c'est réellement fendre
« toute l'épaisseur de la paroi rectale y compris le
« sphincter, et cette section a de gros inconvénients ;
« elle n'a aucun avantage, car les abcès de la fosse
« ischio-rectale guérissent parfaitement sans cela. »

Broca est du même avis : « Je crois que l'indication
« est de toujours fendre le rectum d'emblée dans les
« abcès sous-muqueux c'est-à-dire intra-sphinctériens,
« mais jamais dans les abcès de la fosse ischio-rectale,
« c'est-à-dire extra-sphinctériens. »

C'est la pratique que nous défendons pour le traitement des abcès ischio-rectaux et nous essaierons de la justifier.

CHAPITRE IV

Méthode de choix.

Nous nous trouvons donc en présence de trois méthodes : deux exclusives, une troisième intermédiaire.

Laquelle choisirons-nous ?

Dans deux cas remarquables qu'il a bien voulu nous communiquer, M. le Dr Arrou a employé avec succès la méthode de Foubert ; d'autre part, dans de nombreux cas analogues, dont nous rapportons les principaux, les chirurgiens ont également obtenu des succès par la même méthode.

Ces faits nous disposent à appliquer la méthode de Foubert ; nous essaierons de montrer sa supériorité sur la méthode de Faget, et de justifier notre préférence.

Les objections qu'on a faites à cette méthode sont assez nombreuses.

Théoriquement d'abord, et *a priori*, il semble, disent

certain auteurs, qu'elle doive donner des résultats médiocres, en raison même des dispositions anatomiques de la région.

Les mouvements fréquents imprimés au rectum par le passage du bol fécal sont un obstacle à la cicatrisation.

De plus, la distance entre la paroi rectale et la paroi externe osseuse est grande, quand le tissu cellulaire a disparu, et il ne faut pas espérer l'affaissement et la réunion des deux parois. Cette disposition est comparable à l'état où se trouve la paroi costale par rapport à la plèvre, après une pleurésie purulente.

M. Reclus va même plus loin et déclare ne pas voir « par quel mécanisme ou par quel artifice la nature pourrait cicatriser cet espace ; il faudrait, de la part des « bourgeons charnus une exubérance et une placidité « qu'ils n'ont pas d'habitude ».

Nous avouons que cette objection a une certaine valeur, mais une valeur purement théorique, croyons-nous. Comment la cicatrisation se fait, nous n'en savons rien, mais il est un fait certain, c'est que la réparation peut être complète, même après élimination de tout le tissu cellulaire des deux fosses ischio-rectales, il suffit de lire nos observations pour s'en convaincre.

De plus, il ne nous semble pas nécessaire pour cela, de compter sur une vigueur exceptionnelle des bourgeons charnus, car nous rapportons des exemples de cicatrisation rapide et complète chez des malades affaiblis, tuberculeux, même dans des abcès démontrés tuberculeux par l'examen bactériologique.

Si donc de la théorie on passe à la pratique, à la clinique, nous voyons que les faits réduisent cette objection à une valeur bien minime.

Evidemment, cette cicatrisation, difficile, si l'on veut, a besoin d'être dirigée et les pansements consécutifs demandent une attention spéciale. Nous en parlerons plus loin.

M. Bazy avait parfaitement remarqué cette difficulté et il proposait de « remplacer la compression méthodique des parois qu'on ne peut pas faire, par un tube « à drainage pénétrant jusqu'au fond de la plaie ».

M. Bazy ne doute pas du résultat, et les deux faits qu'il rapporte à la Société de Chirurgie confirment son opinion.

Il insiste sur la nécessité de maintenir, aussi complètement que possible, l'asepsie de la région par des lavages faits immédiatement après les garde-robes qu'on rendra moins fréquentes par l'usage de l'opium.

L'antisepsie a modifié, en effet, la marche des abcès et on ne conteste plus la guérison rapide, on pourrait dire par première intention, des parois des abcès dans différents points du corps ; nous ne voyons pas pourquoi les abcès ischio-rectaux n'auraient pas profité des avantages de cette méthode.

Trélat, bien que partisan de la méthode de Faget, déclare que « de même que la paroi du rectum abaissée « du côté de l'anus et soudée à la peau, après une « extirpation du rectum, se recolle aux parties voisines, « de même les parois rectales décollées par ces abcès « peuvent aussi, tardivement, se souder aux parties « molles de la fosse ischio-rectale ».

Le professeur Terrier trouve que « la marge de l'anus » ne diffère pas assez des autres régions pour lui appliquer des règles spéciales à l'ouverture des abcès ».

Nous admettrons donc, faits en main, et sur ces témoignages, que la fosse ischio-rectale peut arriver à se combler par un travail de cicatrisation bien dirigé.

Mais le gros reproche qu'on a fait à la méthode de l'incision simple, c'est qu'elle expose à la persistance d'une fistule, d'où la nécessité d'une nouvelle intervention et, par suite, longue durée du traitement et fatigue pour le malade.

Pour M. Reclus, par exemple, « tout abcès ischio-rectal est une fistule en puissance » et il nous dit que « dans tous les cas qu'il a vus où le rectum n'a pas été incisé, il est resté des fistules qui ont nécessité une deuxième et quelquefois une troisième intervention ».

Il rapporte à l'appui un cas de Lefort qui, en 1885, eut à traiter un gros abcès ischio-rectal gauche ; cet abcès avait été incisé en juillet 1885 par un médecin de Sèvres ; il resta fistuleux. En septembre, à la suite d'une chute, le malade eut un abcès de la région coccygienne qui s'évacua par la fistule primitive.

Opéré en décembre par Péan, il resta trois jours dans le service. En février, Lefort fit une ouverture suivant la première cicatrice, mais incisa le rectum.

La guérison fut enfin définitive.

Dans un autre cas devenu classique, le cas du pasteur protestant, M. Reclus trouva un malade très affaibli, ayant conservé, malgré des incisions simples faites

antérieurement, de nombreuses fistules anales. On lui fit une sorte de rectotomie postérieure, pour ouvrir tous les claviers. La réparation dura près d'un an, mais la guérison fut complète.

On a souvent affaire à des malades fatigués, tuberculeux quelquefois ; il importe donc d'aller vite, avec un traumatisme réduit au minimum.

Voyons donc la valeur de ces deux objections.

Et d'abord, nous nous permettrons de faire remarquer que les exemples d'abcès ischio-rectaux guéris par l'incision simple, sans fistule, ne manquaient pas au moment même où M. Reclus niait leur existence. Nous en rapportons un certain nombre dans le chapitre suivant.

Nous savons bien que M. Reclus nous répondra que ces succès ont été obtenus dans des abcès intra-sphinctériens, qu'on a pris pour de vrais abcès ischio-rectaux.

Nous avons précédemment répondu à cette observation en précisant ce que nous entendons avec M. Reclus par abcès ischio-rectaux, et nos observations nous paraissent explicites sur ce point.

Nous pourrions d'ailleurs retourner l'argument et dire à M. Reclus que peut-être lui-même n'a eu tant de succès par la méthode de Faget, que parce qu'il a traité ainsi des abcès intra-sphinctériens qu'il a pris pour des abcès ischio-rectaux, et que, s'il n'a pas eu les inconvénients de la méthode Faget, c'est parce qu'il a sectionné le sphincter moins souvent qu'il n'a cru le faire.

Les observations consignées dans les thèses de ses

élèves, de Barau, de Muratel et Meloche sont, sur ce point, bien moins explicites que celles que nous rapportons.

Dans la plupart des nôtres, il est indiqué que la collection purulente siégeait au-dessus du sphincter, ou encore qu'on a franchi le sphincter, etc. Or, M. Reclus admet que le sphincter est le point de repère par excellence.

Mais il nous semble que cette raison n'en est pas une et nous n'insistons pas davantage. Nous admettons volontiers que M. Reclus n'a pas fait d'erreurs de diagnostic et que ces observations concernent bien des cas d'abcès ischio-rectaux ; mais nous pensons qu'en revanche, il voudra bien accorder aux auteurs que nous citons qu'ils ont également bien examiné leurs malades.

Ceci dit, revenons aux objections faites à la méthode de Foubert.

La persistance d'une fistule est-elle donc si fréquente ?

Voyons les faits qui ont été publiés :

M. Arrou possède deux cas remarquables qu'il a bien voulu nous communiquer, où la guérison a été rapide et complète.

M. Delbet, dans la thèse de Legras, publie plusieurs cas d'abcès ischio-rectaux traités par l'incision simple et guéris sans fistule.

MM. Quénu, Duplay, Hartmann, Bazy en ont publié et nous rapportons les principaux.

M. Berger, M. Terrier en ont cité des cas à la Société de Chirurgie.

Trélat, quoique partisan de la méthode de Fagot, déclare qu'il « en a vu des cas ».

Avant eux, Marchand et Laroyenne avaient soigné chacun six malades par l'incision simple et ils n'avaient pas eu une seule fistule consécutive.

Mais, nous dira-t-on, nous avons quitté nos malades guéris, c'est très vrai, mais nous ne savons si la guérison a persisté.

Pardon, nombre de nos malades ont été revus, quatre ans, six mois, trois mois, etc... après et la guérison existait toujours.

Au contraire, nous aurons occasion de le redire, les malades de M. Reclus, dont les observations sont rapportées par ses élèves, n'ont pas été revus, pour la plupart, et M. Reclus admet très bien qu'un malade qui voit se produire tardivement une fistule, ne se représente pas à l'hôpital « soit par pudeur, soit par crainte d'une nouvelle intervention ».

Les fistules consécutives à l'emploi de la méthode Foubert ne sont donc pas si fréquentes quand on veut bien analyser les faits.

Par suite, la seconde objection, longueur du traitement et nécessité de nouvelles interventions, tombe d'elle-même.

Nous ajouterons néanmoins quelques mots, car s'il est prouvé que l'incision simple ne laisse pas de fistules après elle, elle devient supérieure à l'incision du rectum, au point de vue de la durée du traitement.

Les malades de M. Arrou ont mis trois et six semaines à guérir. Les malades de M. Bazy étaient guéris au

bout de quinze jours et de onze jours. M. Berger nous dit que son malade « guérit rapidement ».

Les malades de Hartmann quittaient l'hôpital après vingt-cinq jours, un mois et demi de traitement.

Ceux de Péraire, de Broca mettent quinze jours.

Voyons au bout de combien de temps guérissent les malades traités par la méthode de Faget :

M. Reclus a soin de nous dire que vraiment la cicatrisation est lente et que « le moindre décollement incisé « n'est pas guéri avant trois semaines ou un mois ».

Nous enregistrons bien volontiers cet aveu et les faits donnent largement raison à M. Reclus.

La cicatrisation, chez le pasteur protestant, dura près d'un an. Un autre malade de M. Reclus met quatre mois et demi à guérir ; un autre trois mois et demi ; pour les autres malades le temps n'est pas indiqué, mais ces quelques exemples nous suffisent pour dire que la guérison est notablement plus rapide quand on traite les abcès ischio-rectaux par l'incision simple.

Nous irons même plus loin et nous préviendrons ainsi une objection sérieuse.

Aucune méthode n'est parfaite et il pourra arriver qu'une fistule persiste après l'incision simple de l'abcès.

Eh bien, même dans ce cas, le malade gagnerait encore du temps, si on veut bien traiter cette fistule par l'excision et la suture. Les malades ainsi traités par M. Delbet, et dont les observations sont rapportées dans la thèse de Legras ont guéri en quinze jours, en deux mois, en un mois, et si l'on en juge par la gravité des cas et par le temps qu'ont mis pour guérir les malades

traités par la méthode de Faget, il est bien certain qu'ils eussent été tenus au lit bien plus longtemps.

Il est même des cas, où, prévoyant une fistule si on ne fait que l'incision simple, on devra néanmoins s'en contenter et ne pas inciser le rectum. S'il s'agit, par exemple, d'un malade très affaibli, tuberculeux, ne vaut-il pas mieux lui faire subir deux petites interventions successives et suffisamment espacées, l'incision simple de l'abcès, puis l'excision de la fistule, que de le soumettre d'emblée à un traumatisme violent qui met ses jours en danger et le cloue au lit pour longtemps.

Le cas que nous rapportons, puisé dans la thèse de Legras, en est un exemple. Cet homme, tuberculeux avancé, avec son état général très grave, n'aurait peut-être pas résisté à l'intervention radicale ; il a guéri, au contraire, par l'incision simple suivie plus tard de l'excision et de la suture de sa fistule.

Si nous rapprochons ce fait de celui que rapporte Meloche, d'un malade tuberculeux à qui on incisa le rectum et qui mourut avant d'avoir pu faire les frais de la réparation, nous croirons que notre conduite est préférable.

Pour nous résumer, nous pensons donc que, non seulement les objections formulées contre la méthode de l'incision simple ne sont pas fondées, mais que cette méthode elle-même donne des résultats meilleurs que celle qui consiste à inciser le rectum.

La méthode de Faget, d'ailleurs, n'est pas à l'abri des reproches, et les partisans de Foubert lui en ont fait un certain nombre.

On a dit qu'elle provoquait des douleurs très vives pendant l'opération, qu'elle exposait aux hémorrhagies, qu'elle amenait une suppuration abondante, et, enfin, qu'elle exposait à l'incontinence.

Le chloroforme, le thermocautère et l'antisepsie enlèvent toute valeur aux trois premières objections ; mais nous retiendrons la dernière qui nous paraît bien plus sérieuse.

D'abord, c'est un reproche que ne peut encourir l'incision simple, puisque le sphincter n'est nullement intéressé.

En est-il de même pour la méthode de Fagët ?

L'avis de M. Reclus, ardent défenseur de cette méthode, a pour nous une grande valeur. Il a longtemps admis que l'incontinence n'est que passagère, donc sans grande importance, et il avait une tendance à nier qu'elle pût devenir définitive, puisqu'il n'en avait jamais vu d'exemple. Mais depuis, dit-il, « une dame, opérée d'une « fistule (il s'agit d'une fistule, non d'un abcès) nous a dit « retenir avec la plus grande difficulté les matières solides ; les matières liquides et les gaz s'échappent sans « qu'elle s'en doute. Aussi, tout en regardant cette in- « continence comme infiniment rare, il faut la faire entrer en balance sérieuse ». (*Cliniques chirurgicales*, 1887.)

M. Reclus n'est pas seul à craindre l'incontinence consécutive à la section du sphincter.

Quénu et Hartmann pensent qu'il faut « être aussi « sobre que possible d'incisions comprenant toute l'é- « paisseur des tuniques rectales et du releveur qui les « double ».

Daniel Mollière pense que l'incontinence est « plus fréquente qu'on ne croit. »

Bazy dit : « Ce n'est pas sans une certaine crainte que je me décide à pratiquer une incision qui doit diviser le sphincter anal. J'ai vu un certain nombre de ces incisions laisser à leur suite une légère incontinence des matières liquides et des gaz ; je les redoute un peu, et autant que possible je cherche à les éviter. »

Delbet est du même avis.

Il nous semble donc logique de craindre l'incontinence consécutive à l'incision du sphincter. D'autre part, nous avons montré que la méthode de Foubert donne d'aussi bons résultats en moins de temps, avec un traumatisme chirurgical moindre, et sans que l'on ait à craindre l'incontinence.

Ces considérations nous permettent de penser que l'incision simple est la méthode de choix dans le traitement des abcès chauds de la fosse ischio-rectale.

Nous nous sommes limité dès le début à cette variété d'abcès, mais il nous paraît difficile de ne pas dire un mot, en passant, des autres variétés.

Dans les abcès doubles, la méthode de Foubert nous paraît encore applicable ; notre second malade est un bel exemple de succès par cette méthode. On peut, comme le faisait Verneuil, se contenter d'une seule incision antéro-postérieure. Par cette incision on va décoller le rectum en arrière et mettre ainsi largement en communication les deux fosses ischio-rectales ; on peut également, comme l'ont fait beaucoup d'autres auteurs,

faire une incision antéro-postérieure sur chaque fosse ischio-rectale et traiter chaque abcès séparément.

Dans les cas où l'abcès est nettement tuberculeux, la question est plus délicate. Si l'abcès est dû à la migration du pus parti d'un foyer très éloigné, et on sait qu'il peut venir de très loin, le succès sera beaucoup plus douteux. Mais s'il s'agit de tuberculose locale, même osseuse, l'incision simple, suivie, au besoin, de grattage et de curettage, pourra suffire.

C'est la pratique que M. Terrier et M. Hartmann ont suivie avec succès.

Nous ne voyons pas quelle serait d'ailleurs, dans ce cas, la supériorité de la méthode de Faget.

Enfin, où il devient beaucoup plus difficile de se prononcer, c'est dans le cas où il existe une perforation du rectum. Nous avons eu soin, dès le début de ce travail, de dire que nous ne prendrions pas parti d'une façon exclusive; aussi nous nous contenterons de faire quelques considérations à ce propos.

Certains auteurs ont obtenu des succès par l'incision simple, même avec perforation du rectum : Daniel Mollière en rapporte plusieurs cas. Laroyenne rapporte qu'il a soigné ainsi trois malades qui avaient une communication facile à découvrir entre le foyer de l'abcès et l'intestin.

Mais la plupart des auteurs, même ceux qui sont partisans de la méthode de Foubert, sont d'avis de sectionner l'intestin dans le cas de perforation. La plupart veulent que l'incision passe par la perforation, ce qui nous paraît logique; d'autres, au contraire, trouvent

que ce n'est pas absolument nécessaire. Nous ne voyons pas, dans ce cas, pourquoi la cicatrisation se ferait mieux que si on se contentait de l'incision simple ; la méthode de Faget n'a sa raison d'être qu'autant que l'incision remonte jusqu'à la perforation, ou alors, c'est un Foubert déguisé. Nous croyons qu'ainsi comprise, la méthode de Faget sera souvent applicable dans les cas de perforation du rectum.

Pourtant, quand cette perforation est petite, quand on ne peut être bien certain de la comprendre dans l'incision, nous ne répugnons pas à employer l'incision simple ; le succès est possible, nous l'avons vu et s'il persistait une fistule, nous la traiterions plus tard par l'excision et la suture ; notre malade mettrait probablement moins de temps à guérir définitivement que si on lui avait fait d'emblée un Faget peut-être incomplet. Nous ne suivons pas, pour l'incision des abcès ischio-rectaux, de pratique spéciale au point de vue manuel opératoire. La plupart des auteurs emploient le thermocautère ; on lui a reproché sa lenteur comme instrument tranchant.

Aussi M. Arrou fait l'incision de la peau au bistouri et ne s'arme qu'ensuite du thermo qui rencontre alors moins de résistance ; cette petite modification dans le manuel opératoire fait gagner un temps très appréciable.

Nous faisons l'incision antéro-postérieure, longue, contrairement à Foubert qui faisait une simple ponction ; on la prolonge s'il y a lieu afin d'atteindre les diverticules qui ont pu se former. Tous les clapiers sont ouverts, vidés et lavés convenablement.

Les soins et les pansements consécutifs demandent surtout toute l'attention du chirurgien. Le drain placé dans la plaie sera raccourci progressivement. Les lavages antiseptiques, non irritants (chloral, par exemple), seront faits fréquemment et surtout après les selles qu'on rendra d'ailleurs plus rares en administrant de l'opium.

Il faut obtenir que la cicatrisation se fasse de la profondeur à la périphérie et ne laisse aucun vide se former entre les bourgeons charnus.

Le bourrage léger à la gaze iodoformée permet d'arriver à ce résultat.

Ainsi employée et suivie de pansements soignés, l'incision simple donnera, dans le traitement des abcès chauds du creux ischio-rectal, des résultats excellents et nous pensons que c'est la méthode de choix.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I. (Quénu : in Thèse Cougneuc).

Abcès double du creux ischio-rectal, consécutif à une ulcération hémorroïdaire.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, hémorroïdaire, ni syphilitique, ni diabétique, peut-être alcoolique.

Quelques jours avant sa maladie elle avait été prise de constipation et s'était administré plusieurs lavements qui la faisaient souffrir.

Trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle fait une chute sur le derrière, en descendant un escalier et, dès ce moment, la douleur s'accroît.

A son entrée sa température atteint 40° ; elle a du délire. On constate un double phlegmon sur les deux fesses, de chaque côté de l'anus ; la peau est rouge, violacée ; à droite, elle est déjà ulcérée et présente un petit pertuis qui donne passage à une goutte de pus. Les téguments bombent et sont rénitents ; la

percussion dénote de la sonorité sur la fesse droite et en arrière de l'anus.

L'exploration et l'éversion de la muqueuse rectale font constater, sur la paroi latérale droite, l'existence d'une ulcération large comme une pièce de 1 franc, profonde, dure sur les bords, saignant facilement ; la tunique sous-muqueuse est infiltrée ; pas d'adénite inguinale.

La malade est opérée immédiatement par l'interne ; on ne donne pas de chloroforme. On fait trois incisions : deux latérales, au niveau de la base de chaque creux ischio-rectal, une postérieure médiane, entre l'anus et le coccyx.

Il s'écoule un liquide sanieux, purulent, grisâtre, d'odeur fécaloïde, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et, en même temps, des gaz s'échappent. Les décollements remontent très haut, mais ne dépassent pas la loge du creux ischio-rectal ; le rectum paraît intact. On draine le foyer.

Le pansement est fait deux fois par jour en mettant la malade dans la position genu pectorale. L'état général s'améliore rapidement, l'ulcération rectale disparaît ; enfin la guérison complète est obtenue sans fistule, avec une cicatrice froucée et déprimée.

OBSERVATION II. (Duplay, *Gaz. des Hôp.*, 1892. Th. Cougneuc).

C'est une femme de 21 ans qui, quinze jours avant son entrée, après une période de constipation, eut une selle très pénible ; dès ce moment la douleur alla s'accroissant.

A son entrée dans le service de M. Duplay, sa température est de 39°2.

On constate un gonflement de toute la périphérie anale ; la peau commence à rougir.

Au toucher on trouve que la tuméfaction remonte très haut au-dessus du sphincter. Rétention d'urine.

On fait, sur le point saillant, à droite, une incision qui donne issue à du pus ; on trouve un prolongement qui communique avec la fosse ischio-rectale gauche et on fait une seconde incision à gauche.

La guérison fut complète, sans fistule.

OBSERVATION III. (Quénu : *Gaz. méd.* Paris 1894 ; in Th. Cougneuc).

Abcès du creux ischio-rectal avec décollement supérieur, mais le rectum a toute son épaisseur.

La guérison complète fut obtenue par l'incision simple.

OBSERVATION IV (*ibid.*)

Abcès du creux ischio-rectal avec prolongement vers la prostate. Le rectum est sain. On fait une incision simple qui amène une guérison complète, sans fistule.

OBSERVATION V. (HARTMANN, *Bull. Soc. Anat.*, 1893).

Abcès sous-cutanéomuqueux de la marge de l'anus avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale.

N..., 33 ans, entre le 8 février 1893 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, pour abcès à l'anus.

Jamais, jusqu'à ces derniers temps, il n'a éprouvé le moindre trouble de ce côté.

Les selles ont commencé à devenir douloureuses vers le milieu du mois de décembre 1892 et une tuméfaction est apparue seulement il y a quinze jours ; cette tuméfaction est recouverte d'une peau rouge foncé, et se perd dans le canal anal ; on perçoit la fluctuation.

Au toucher rectal on trouve, dans le canal anal, une ulcération à bords un peu indurés, en forme de fente verticale, sans tuméfaction à son niveau.

Au-dessus du sphincter, la paroi rectale est, à gauche, soulevée dans presque toute sa longueur par une tuméfaction arrondie, empâtée, comme fluctuante, remontant, en haut, à peu près à la limite de ce qu'atteint le doigt ; la muqueuse, à son niveau, est lisse, normale et la paroi rectale semble simplement soulevée par la tuméfaction.

Par le palper bi-manuel, on constate que cette tuméfaction rectale qui n'existe pas dans le canal anal, se continue avec celle que l'on trouve extérieurement dans la fosse ischio-rectale.

L'existence de l'ulcération anale et de la suppuration sous-cutanéomuqueuse de la région sous-sphinctérienne, jointe à l'intégrité des tuniques rectales au niveau de la tuméfaction qui les soulève, fait porter le diagnostic d'*abcès sous-cutanéomuqueux de la marge de l'anus avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale*.

La température oscille de 38°2 à 38°6.

Pas de tuberculose pulmonaire ; le malade paraît robuste.

Le 10 février 1893, après anesthésie au bromure d'éthyle, M. Hartmann incise la peau et la muqueuse anale au thermo, dans toute l'étendue de la tuméfaction ; la saillie rectale disparaît aussitôt.

Le 8 mars il reste une plaie insignifiante. On trouve des bacilles tuberculeux et du *bacterium coli* dans le pus.

OBSERVATION VI. (Quénu et Hartmann : *Chir. du rectum*).

Abcès de la fosse ischio-rectale par propagation d'un abcès sous-cutané-muqueux.

Une femme de 31 ans, entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par Hartmann, le 20 mars 1893, pour un abcès ischio-rectal gauche, avec rétention d'urine.

On fait une longue incision antéro-postérieure. Le foyer présente un prolongement qui remonte au-dessus du transverse du périnée jusque sur le côté du vagin.

En arrière de l'anus, un autre trajet le fait communiquer avec la fosse ischio-rectale droite.

En dedans, un diverticule, contournant le bord inférieur du sphincter, file sous la muqueuse et remonte en décollant celle-ci dans le rectum jusqu'à une hauteur de 12 centimètres environ.

De l'incision primitive on en fait partir deux autres : l'une contourne la partie postérieure de l'anus et ouvre la fosse ischio-rectale opposée ; l'autre se dirige perpendiculairement vers l'anus dans les décollements sous-muqueux qui sont incisés au thermocautère.

« Les diverticules sont ainsi largement drainés sans que les parois rectales aient été sectionnées dans toute la hauteur de l'abcès, sauf la muqueuse pour le décollement sous-muqueux. »

La guérison fut obtenue complète, sans fistule.

OBSERVATION VII. (Quénu et Hartmann : *Chir. du rectum*).

**Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur à staphylocoques ;
Opération sans section du rectum.**

Un homme de 35 ans a été opéré par Savariaud, pour hémorroïdes, par le procédé Whitehead, le 15 février 1894.

Au sixième jour on enlève les fils et tout semble aller pour le mieux.

Mais la température monte à 38°5 puis 40° ; le 26 il y a de violents élancements et du ténesme.

Le 2 mars le toucher rectal provoque une douleur à 9 ou 10 centimètres de l'anus, sur la partie latérale gauche du rectum ; pas de tuméfaction à ce niveau.

Le 5, les douleurs deviennent intolérables, le malade éprouve de l'engourdissement de la cuisse, de la douleur au niveau de la fesse ; température le matin : 37°4 ; le soir 39°5.

Le 12 mars, on constate que la fosse ischio-rectale reste souple ; pas de tuméfaction, mais une pression un peu forte à ce niveau détermine de la douleur.

Au toucher rectal : pas de douleur pendant la *traversée sphinctérienne* ; plus haut, à droite, rien ; à gauche, et empiétant un peu en avant, on sent, à 5 centimètres de l'anus, une tuméfaction douloureuse qui refoule le rectum.

M. Quénu fait une incision qui part de la commissure intérieure du sphincter externe, contourne l'anus et gagne la fosse ischio-rectale ; une grande quantité de pus s'écoule et il reste une poche de 10 centimètres de profondeur. La température tombe et, malgré la gravité du cas, malgré la profondeur de l'abcès, la guérison est obtenue complète, sans fistule.

OBSERVATION VIII. (Bazy, Soc. chir. 1887).

Un homme de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 septembre 1883, pour un abcès de la région anale.

On constate, sur la partie gauche, une énorme tuméfaction d'un rouge violet, empiétant en avant de l'anus qu'elle déborde en arrière sur la fesse gauche, de 5 à 6 centimètres ; l'orifice anal est en partie caché et paraît comme rejeté du côté droit.

Au mois d'août de la même année, le malade avait eu un abcès dû à des hémorroïdes enflammées, qui avait guéri par simple incision et pansement à plat ; il siégeait à droite de l'anus ; celui par lequel il se présente aujourd'hui n'est donc pas une récédive du premier.

Par le toucher rectal, *après avoir franchi avec quelque difficulté le sphincter*, on constate que la paroi gauche du rectum fait une saillie manifeste dans une étendue de 5 ou 6 centimètres.

Cette exploration, très douloureuse, permet de constater une fluctuation bien nette qu'on transmet au doigt appliqué sur la saillie périnéale. Bazy porte le diagnostic d'*abcès de la fosse ischio-rectale gauche*.

Il fait, sur le point culminant de la tumeur, une incision de deux centimètres qui donne issue à un pus bien lié, d'odeur caractéristique.

Les injections d'eau phéniquée forte sont faites dans le foyer et lorsque le liquide ne ramène plus de pus, M. Bazy introduit un drain de 7 millimètres de diamètre dans une profondeur de 7 centimètres. Pansement à la gaze iodoformée ; on administre de l'opium à l'intérieur.

Le lendemain nouveau lavage ; le surlendemain également et le tube est diminué de 1 centimètre. On continue ainsi les lavages tous les jours et tous les deux jours on raccourcit le drain.

Le 5 octobre, le malade sort complètement guéri, sans fistule. Le traitement a donc duré 20 jours.

M. Bazy a eu des nouvelles de ce malade qui est cocher dans un grand magasin : malgré son métier fatigant, il continue à se bien porter (juin 1887). La guérison date donc de 4 ans.

OBSERVATION IX (*ibid.*)

Un homme de 55 ans, alcoolique, se présente, pendant le cours d'une convalescence, porteur d'un abcès de la région anale.

M. Bazy trouve une tuméfaction occupant la région située entre l'anus et la tubérosité ischiatique du côté droit, s'avancant du côté du périnée et des bourses. Elle était allongée dans le sens antéro-postérieur et mesurait 6 centimètres.

La peau, à peine rouge, est dure, sauf sur le point culminant où il y a un petit foyer de fluctuation.

Le toucher rectal fait constater *au-dessus du sphincter*, une tuméfaction de 5 à 6 centimètres de hauteur, beaucoup plus molle que celle de l'extérieur. M. Bazy porte le diagnostic d'abcès de la fosse ischio-rectale occasionné par des accidents gastro-intestinaux.

L'état général était mauvais ; il y avait rétention d'urine.

On prescrit deux lavements et des lotions extérieures, afin de désinfecter le mieux possible la région. Le lendemain, 31 août 1886, le gonflement a presque doublé et la fluctuation est très perceptible de dedans en dehors.

On fait une incision de 1 centimètre et demi, qui donne issue à 3 ou 4 centimètres cubes d'un pus bien lié, mais très fétide.

On fait des lavages répétés de la cavité à l'eau phéniquée forte, puis on introduit un drain assez volumineux qui pénètre à 6 centimètres de profondeur. Pansement à la gaze iodoformée.

Le pansement est renouvelé tous les jours, et le tube diminue graduellement.

Le 9 septembre, on applique un pansement au diachylon, qui reste deux jours en place.

Quand on l'enlève, la guérison est complète, sans fistule. La cicatrisation a donc mis 11 jours à se faire.

M. Bazy a revu le malade fin janvier 1887, c'est-à-dire 4 mois et demi après sa sortie de l'hôpital. La guérison s'est parfaitement maintenue. En introduisant le doigt dans le rectum, on trouve un cordon dur qui paraît faire corps avec l'ischion et qui remonte à 5 ou 6 centimètres. Ce cordon, véritable cicatrice muqueuse, est absolument indolent.

Il y a quelques jours (juin 1887), M. Bazy a revu son malade : L'incision de la marge de l'anus est à peine visible ; cependant on constate à ce niveau un petit cordon induré.

Par le toucher rectal, on sent, non plus un cordon dur, mais de petites nodosités en chapelet, disposées suivant un trajet parallèle au rectum et accolées à l'ischion, sur lesquelles la muqueuse est toujours mobile.

OBSERVATION X. (Hartmann : in th. Etchepare).

Un charretier de 58 ans, entre le 13 mars 1894, dans le service de Monsieur le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires nuls.

Personnellement, il a fait une pleurésie il y a six ans ; il tousse un peu et a souvent la diarrhée.

Il y a un an, il aurait eu un abcès de l'anus ouvert à Saint-Antoine par M. Blum et guéri en un mois.

Il se contusionne assez souvent la région anale en montant à cheval.

Le 23 ou le 24 février, il éprouve une douleur en allant à la selle, douleur réveillée également par la station assise.

Aucun écoulement sanguin ou purulent par l'anus. Il éprouve une sensation de brûlure à la miction ; il a de la fièvre, des frissons, l'appétit disparaît et il entre à Bichat le 13 mars 1894.

A l'inspection de la région anale, on trouve une tuméfaction considérable à droite, refoulant vers la gauche le raphé et l'orifice anal. A trois travers de doigt de l'anus cette tuméfaction se prolonge en avant vers le périnée, en dehors vers la fesse, en arrière sur le coccyx. On perçoit nettement la fluctuation et la peau est rouge. Le canal anal est libre.

Au-dessus de lui on retrouve, par le palper bi-manuel, la tuméfaction dans la fosse ischio-rectale, mais elle est ferme, non fluctuante et séparée du canal intestinal par une notable épaisseur de tissus.

Dans le pli de l'aîne, plusieurs ganglions. La température oscille autour de 38°2.

Le 13 mars, dès son entrée, on administre du chloroforme au malade. M. Hartmann fait une longue incision antéro-postérieure qu'il prolonge en avant sur le périnée, en arrière sur la partie latérale du coccyx.

Perpendiculairement sur celle-ci, il en fait tomber une autre transversale, vers la fesse ; une troisième se dirige transversalement vers le coccyx. L'abcès et ses diverticules sont ainsi largement ouverts.

On fait un lavage soigné avec une solution phéniquée à 5 0/0, on place un drain dans l'anus et on tamponne la cavité à la gazeodoformée.

La température tombe à 37°2.

Le 14 avril, c'est-à-dire un mois après, la guérison est complète, sans fistule.

OBSERVATION XI. (Hartmann : in th. Etchepare).

Il s'agit d'un homme de 51 ans, journalier. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Quant à lui, rien de particulier à noter.

Il y a trois semaines, il éprouve une douleur au niveau de la région anale, douleur qui s'accroît pendant la défécation.

Au bout de huit jours, il est forcé de cesser son travail ; il se repose et prend un purgatif, mais n'obtient aucune amélioration.

Enfin il entre le 26 mai 1893 dans le service de M. le professeur Terrier à l'hôpital Bichat.

Le 4 juin on constate que le périnée bombe fortement en masse, particulièrement à droite.

On anesthésie le malade au chloroforme et M. Hartmann dilate l'anus, ce qui provoque l'écoulement d'un flot de pus glaireux ; on ne trouve pas d'orifice interne sur la muqueuse rectale. Le toucher fait constater dans la fosse ischio-rectale des tissus épaissis en arrière et à droite. On fait, au niveau de la fosse ischio-rectale, une incision antéro-postérieure qui donne issue à un peu de pus ; on place un drain dans l'anus et on panse à la gaze iodoformée.

Le 29 juin, c'est-à-dire après 25 jours, la cicatrisation était complète sans fistule.

Le malade a été revu plus tard : la guérison avait persisté.

OBSERVATION XII (*ibidem*).

Abcès froid de la fosse ischio-rectale gauche.

Un homme de 35 ans entre le 23 mai 1894 dans le service de M. le professeur Terrier à l'hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires nuls.

Personnellement, le malade a eu la dysenterie au Sénégal ; il tousse depuis six mois.

Il y a trois mois, il éprouve une gêne dans la région anale quand il s'assied et sent bientôt une grosseur en ce point, vers la gauche. Il n'a jamais éprouvé de bien grandes douleurs et la tuméfaction a augmenté peu à peu.

Le 21 mars on constate l'existence, en avant et à gauche de l'anus, d'une tumeur étalée, allongée d'avant en arrière ; le canal anal est libre et, par le toucher bi-manuel, on retrouve la tumeur dans la profondeur.

La prostate est dure, mais ne présente pas de noyau limité.

Le 24 mars, M. Hartmann fait une longue incision antéro-postérieure ; il s'écoule 150 grammes de pus verdâtre ; on ne trouve pas de lésions osseuses dans le voisinage.

On curette la cavité et on panse à la gaze iodoformée.

Le malade sort le 10 mai complètement guéri, sans trajet fistuleux ; la cicatrisation a donc mis un mois et demi à se faire.

Deux mois plus tard la guérison persistait ; l'état général s'était beaucoup amélioré.

OBSERVATION XIII (Pénaire : *in* th. Etchepare).

Un enfant de 13 mois se présente le 21 mai 1893 à la consultation de l'hôpital Bichat.

Rien à noter dans les antécédents. Il est malade depuis dix jours : il éprouve de la douleur quand on l'assied, il a de la fièvre ; l'appétit est nul ; constipation ; vomissements depuis trois jours. On constate qu'il existe une tuméfaction du volume d'une noix occupant toute la région comprise entre l'anus et l'ischion gauche.

La peau est rouge, la fluctuation assez nette. On fait une inci-

sion antéro-postérieure à un centimètre à gauche de l'anus ; il s'écoule une énorme quantité de pus jaunâtre, fétide.

On curette la cavité et on la tamponne avec de la gaze imbibée de naphtol camphré.

Le 18 juin, c'est-à-dire en trois semaines, la guérison était complète sans fistule.

Un mois après elle persistait.

OBSERVATION XIV (Broca : *in th.* Etchepare).

Un enfant de 18 mois entre à Trousseau le 3 mai 1893, dans le service de M. le professeur Lannelongue. Sa maladie a débuté il y a quinze jours par une douleur dans la station assise. Depuis, il est constipé, a de la fièvre et perd l'appétit.

On trouve, à un centimètre en dehors de l'anus, une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, sur la partie latérale gauche.

La peau est chaude, violacée.

On fait une incision antéro-postérieure à un centimètre en dehors de l'anus ; il s'écoule un pus d'odeur fécaloïde.

Le 18 mai, c'est-à-dire après quinze jours de traitement, la guérison était complète.

Le 4 juin 1894, un an après, la guérison persistait.

OBSERVATION XV (Delbet : *in th.* Legras).

V... , Emile, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 février 1892. On constate un abcès tuberculeux ischio-rectal, en fer à cheval. L'état général est grave.

Le 29 février, on fait une longue incision à gauche, allant jusqu'au périnée.

Le 17 avril, deux nouvelles incisions au niveau du creux ischio-rectal de chaque côté.

Deux fistules persistent.

Le 25 juillet, M. Delbet résèque entièrement les deux trajets fistuleux et fait la suture immédiate. Le sphincter a donc été sectionné en deux points différents et en même temps.

Le malade sort guéri le 31 août 1892, après un traitement qui avait duré six mois.

Les fonctions du sphincter étaient complètement rétablies.

Outre ces observations que nous avons pu rapporter avec détails, nous connaissons beaucoup d'autres cas, mais nous ne pouvons en donner une analyse complète, soit qu'ils ne soient pas publiés, soit qu'ils puissent prêter à discussion.

Foubert appuie la méthode qu'il préconise sur un certain nombre d'observations.

Il rapporte plusieurs cas d'abcès ouverts spontanément qui ont guéri sans laisser de fistule.

Dans une de ses observations il s'agit d'un homme de 50 ans, tombé dans le marasme à la suite d'une maladie grave et chez lequel existait un abcès énorme faisant le tour de l'anus.

Une incision fut faite sur la fesse droite ; il s'écoula beaucoup de pus et de tissu cellulaire sphacélé. La guérison fut obtenue sans fistule en trois semaines.

Une autre observation a trait à une femme dont l'abcès ischio-rectal s'était ouvert dans le vagin. On fit une

contre-ouverture près de l'anüs ; un séton fut passé de cette incision dans le vagin.

La malade guérit, mais il resta une fistule complète qui fut opérée plus tard avec succès. On fut donc obligé d'ouvrir secondairement l'anüs pour traiter la fistule. Mais Foubert fait remarquer que cette opération fut moins grave que n'eût été la première.

Marchand rapporte six observations d'abcès ischio-rectaux guéris par l'incision simple, mais ces faits sont discutables et, certainement, M. Reclus les tiendrait pour des abcès intra-sphinctériens et non pour des abcès ischio-rectaux.

Laroyenne (*Gaz. hebdomadaire*, 1872) déclare avoir soigné 6 malades par l'incision simple et parmi ces malades, 3 avaient une communication facile à découvrir entre le foyer et l'intestin.

Tous ont guéri sans accident et sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucune intervention complémentaire.

Nous nous contentons de rappeler ces faits ; nous les négligeons dans notre discussion car ils ne sont pas assez explicites.

Berger, dans la discussion des cas présentés par Bazzy à la Société de Chirurgie, rapporte que dans un cas, pour un vaste abcès de la fosse ischio-rectale d'origine diabétique, il a fait une longue incision antéro-postérieure sans toucher au rectum ni à l'anüs.

L'abcès guérit rapidement sans laisser ni fistule ni incontinence.

Terrier, dans la même séance, s'exprimait ainsi :

« En 1879, j'ai eu l'occasion de traiter un abcès de
« cette variété (ischio-rectal) qui remontait très haut.
« Je me suis contenté d'une ouverture très large dans
« le sens antéro-postérieur. Il est vrai que j'y ajoutai
« un grattage énergique de toute la paroi.

« Trois mois après la malade était guérie sans fistule,
« et resta guérie depuis.

« J'ai employé depuis assez souvent cette pratique
« qui m'a toujours donné d'excellents résultats. »

Trélat, partisan de la méthode de Faget, disait aussi :

« Il est certain que l'incision simple peut aussi amener
« la guérison sans fistule. J'en ai vu des cas. »

Nous n'avons pas de détails sur les cas observés par Berger, Terrier et Trélat, mais nous pensons que nous avons le droit de nous prévaloir de leur opinion et l'on voudra bien nous accorder que ces chirurgiens ont fait des diagnostics exacts.

OBSERVATION XVI (*Inédite*).

(*Due à l'obligeance de M. le docteur ARROU, chirurgien des
hôpitaux*).

Phlegmon ischio-rectal gauche, incision antéro-postérieure n'intéressant pas le rectum. — Guérison sans aucune altération des fonctions sphinctériennes.

X... , 30 ans, rentier. Quelques hémorroïdes. Opéré il y a dix ans d'une fistulette sous-cutanéomuqueuse du côté gauche.

Le 12 mars 1898, en pleine santé, sans traumatisme ni fatigue quelconque, il est pris d'une violente douleur dans le périnée, du

côté gauche, sur le côté même de l'anus. Fièvre, un peu d'insomnie, impossibilité de s'asseoir. Pas d'appétit.

Le lendemain, même état, mais la douleur augmente.

Le 14 mars, par téléphone (le malade habite à deux heures de Paris), il me demande conseil pour « une poussée d'hémorroïde, probablement ». Je lui indique les compresses froides, supérieures, à mon avis, à toute application chaude, et ne m'inquiète guère de son état.

Le 15, on me fait savoir que le malade ne peut uriner. Je prends le train, et trouve un pauvre garçon en robe de chambre, couché de côté sur un canapé, pleurant, et qu'on a toute les peines à mettre debout pour le conduire à deux pas de là, sur son lit.

Du premier coup d'œil, il est facile de reconnaître que les hémorroïdes, d'ailleurs à peu près flétries, ne sont pas en cause. La fosse ischio-rectale est voussurée, rouge, chaude, horriblement douloureuse au palper. Le toucher rectal est impossible à cause de la douleur qu'il provoque. Rétention d'urine incomplète : le malade, à grands efforts, rend une très petite quantité d'urine (non albumineuse).

J'étais venu sans instruments. Je me procure ce qu'il me faut chez le docteur Marchand, de Soissons, et avec son aide et celle de deux infirmiers de l'Hôtel-Dieu, je procède à l'opération. Chloroforme ; position de la taille. Incision au bistouri, à gauche, au point le plus proéminent de la tumeur, c'est-à-dire à cinq centimètres de l'anus et un peu en avant de lui. Cette incision, longue seulement de cinq à six centimètres, est antéro-postérieure. Il traverse un derme très épais, très dur, très saignant, et aussitôt un vrai flot de pus jaillit. Le doigt pénètre à la suite de l'instrument, et relève les détails suivants. Il existe une poche du volume d'un œuf de poule, dont le fond est constitué par le releveur de l'anus. En dedans, se trouve le rectum ; en dehors, on arrive jusqu'à la branche ischio-pubienne. Le toucher rectal, pratiqué aussitôt, ne montre aucune perforation, ni induration rec-

taie. La prostate est petite, saine, souple. Pas d'hémorroïdes internes.

Un drain du volume de l'index, accompagné de deux petites mèches iodoformées, est introduit parallèlement au rectum, jusqu'au fond de l'abcès, et maintenu par une épingle : il mesure ainsi 8 à 9 centimètres dans la profondeur.

Pansement humide, à la solution chloratée (2 p. 100), large taffetas-chiffon, ouate, bandage en T.

Au réveil, le malade souffre beaucoup : 1/2 centigramme de morphine suffit à le calmer.

16 mars. — Température, 37°2, pouls, 100. La nuit a été agitée. Le pansement est renouvelé, le drain restant en place : pus en abondance.

6 centigr. d'extrait thébaïque seront donnés chaque jour, en six fois, pour obtenir la constipation.

Les jours suivants, et pendant vingt-deux jours, pansement bi-quotidien, quelquefois encore renouvelé dans la nuit. Chaque fois, un lavage est pratiqué par le drain, avec 200 à 300 gr. de solution chloratée (2/100) et un bock. Pansement humide.

Le drain, raccourci au fur et à mesure des besoins, tombe le vingt-deuxième jour et ne peut être remplacé dans la fistule, devenue très courte. Une petite mèche prend sa place.

Le malade s'est levé, malgré les ordres, dès le douzième jour, ne souffrant plus ; il n'a pas eu, fort heureusement, à s'en repentir.

Après trente-deux jours, la cicatrisation est complète dans la profondeur : il reste l'incision de la peau, qui s'épidermise lentement, et se comble après quelques attouchements à la teinture d'iode et au nitrate d'argent.

Les fonctions sphinctériennes n'ont jamais été troublées. La première selle, provoquée au dixième jour par une purgation à l'huile de ricin, a été douloureuse. Puis tout est rentré dans l'ordre, et les fonctions s'accomplirent sans trace de douleur. De

même la rétention d'urine a cessé quarante-huit heures après l'opération (le malade a été sondé avec un n° 16 Nélaton ces deux jours-là) et n'a pas reparu.

Actuellement, notre homme, qui pèse près de 100 kil. et désire maigrir, fait de la bicyclette (avril 1899).

OBSERVATION XVII (*Inédite*).

(*Due à l'obligeance de M. le docteur ARROW, chirurgien des hôpitaux*).

Phlegmon gangréneux des deux fosses ischio-rectales. —

Incision. — Guérison avec conservation absolue des fonctions du sphincter.

Le 15 avril 1897, je suis appelé en province, par un interne des hôpitaux, auprès de son père, médecin lui-même, malade depuis la veille. Il s'agit, me dit-on, d'une affection périnéale, fissure ou abcès, en tout cas très douloureuse.

Je me trouve en présence d'un homme de 55 ans, très vigoureux, sanguin, énergique, disposé à subir quelque intervention que ce soit.

L'examen ne révèle rien. Anus sain, non hémorroïdaire, fosses ischio-rectales souples, non douloureuses. Le toucher ne révèle de douleur en aucun point. Aucun abcès de la marge, nulle trace de lymphangite.

Toutefois, il existe un peu de dysurie. Cherchant à m'orienter dans cette direction, j'apprends que mon malade a été traité déjà par M. Duplay, pour une cystite dont il a parfaitement guéri par des lavages répétés. Il y a de cela trois ans déjà, et nul retour offensif ne s'est produit. Je procède alors à l'examen de l'urèthre avec une simple sonde de caoutchouc rouge n° 18, bouillie dix minutes : elle pénètre facilement jusqu'à la vessie, sans douleur,

et ramène une urine trouble. Le doigt, introduit sans douleur dans le rectum, rencontre une prostate un peu grosse, mais non douloureuse, sans battements.

En résumé, douleur péri-anale, surtout droite, sans lésion permettant de l'expliquer.

Traitement : repos au lit, application de tarlatane imbibée d'eau chaude. Il ne faut pas penser à la morphine : un quart de centigramme a produit, jadis, des accidents d'intoxication.

Le lendemain, un télégramme me rappelle. État plus grave, en ce sens que la douleur est continue, avec accès rappelant les « éclairs » des névralgies de la face. Toujours même aspect souple du périnée, toujours absence de douleur au toucher rectal, aucun diagnostic n'est possible. Mais le malade réclame à grands cris une opération, quelle qu'elle soit, et je consens à lui faire, empiriquement, une dilatation anale. Elle est pratiquée séance tenante, sous chloroforme.

17 avril. — Notre homme a passé une nuit excellente. Il se trouve « ressuscité », ne souffre plus, se croit guéri.

18 avril. — Reprise des douleurs, comme au premier jour.

19 avril. — Les douleurs augmentent. J'arrive le soir, et constate pour la première fois de la fièvre, 38°4. Il y a une rétention d'urine complète depuis la veille au soir.

A l'examen, tout est changé. Le périnée bombe à droite, ou plutôt ne se laisse pas déprimer facilement. Il y a certainement un travail inflammatoire dans la fosse ischio-rectale droite, une lymphangite sans doute, très profonde, très peu douloureuse à la pression, mais causant des douleurs spontanées devenues intolérables.

Chloroforme. Position de la taille. Incision au bistouri, antéro-postérieure, longeant à droite le bord de l'anus et le raphé. Le doigt, introduit dans la profondeur, ne ramène pas une goutte de pus. Mais une mèche grisâtre, une sorte de débris sphacélé se présente dans la plaie. Prenant alors le thermocautère, je prati-

que une incision vraiment énorme, de 16 centimètres, depuis la racine des bourses (celles-ci saines) jusque près de la pointe de la fesse. Tout cela est plein de sphacèle, et nulle part il n'y a de pus. Hémorrhagie nulle : la lame est maintenue au rouge sombre.

Mais il semble que le mal a gagné vers la gauche. En effet, suivant toujours, et pas à pas, la trace des tissus malades, l'index contourne l'anus en arrière, passant nettement au-dessus du raphé ano-coccygien, lequel sera ainsi sûrement respecté. Il pénètre dans un tissu mollassé, certainement pathologique, bien que, extérieurement, ce côté-là soit sain, souple, non rouge, facile à déprimer. Une pointe de thermocautère ouvre cette fosse gauche, et le même tissu apparaît. Une incision aussi longue que celle du côté opposé, parallèle à la ligne médiane, est alors pratiquée.

Cela fait, les parties sont dans l'ordre suivant : Au centre, le rectum et l'anus, complètement isolés et dénudés sur leurs deux flancs, mais rattachés en arrière au coccyx par le raphé laissé intact, en avant au nœud musculaire qui n'a pas été intéressé. Dans le fond, on ne voit pas, mais on sent le releveur de chaque côté. Enfin, dans chaque plaie, des bourbillons gris, infects, demi-solides, et dont on attendra la chute. Pas une seule goutte de pus, nulle part.

Pansement à l'eau boriquée, bandage en T.

Les jours suivants, état infectieux des plus graves. Pendant deux semaines, la langue est rôtie, le sommeil absent. Le pouls est à 110-120, sans intermittences. Le thermomètre marque de 39 à 40°5. Délire par intermittence.

Durant ces deux semaines, tout a été mis en œuvre pour combattre cette infection : quinine, sérum, purgation, et il serait fastidieux de tenir le compte, à peu près impossible, des différents détails d'un traitement des plus difficiles. Détail particulier : le malade, qui avait eu autrefois des accidents sérieux avec un

demi-centigramme de morphine, prend, par la voie sous-cutanée, 2, 3, 4 et jusqu'à 8 centigrammes de morphine sans inconvénient.

Vers le quinzième jour, les mèches tombent peu à peu, il apparaît un peu de pus. Puis les bourgeons se forment en même temps que la fièvre cède, et le pansement sec peut être appliqué trente-deux jours après l'opération.

Réunion complète des deux plaies, sans fistule, sans détail particulier, après six semaines.

La cause de cette lésion, d'ordre gangréneux, échappe. Cependant, il ne faut pas oublier que notre malade a eu une cystite. Il en a même encore un certain degré, et mon ami Noguès, qui l'a entrepris depuis, a trouvé du coli-bacille en abondance dans ses urines, avec un peu de pyélite droite.

Je l'ai revu plusieurs fois depuis, et encore tout dernièrement (22 juin 1899), c'est-à-dire vingt-six mois après son opération. Il va et vient, monte en voiture, n'a aucune douleur, ne se plaint de rien. Les cicatrices sont déprimées, blanches. Pendant six mois environ, le sphincter a mal retenu les matières liquides, et il a été obligé de *faire attention* dans les périodes de diarrhée. Mais, depuis plus d'un an et demi, tout est rentré dans l'ordre, les fonctions sont parfaites.

CHAPITRE VI

Conclusions.

I. — Dans les cas où le rectum n'est pas perforé, la méthode de choix dans le traitement des abcès chauds de la fosse ischio-rectale est l'incision simple antéro-postérieure n'intéressant pas l'intestin.

II. — Dans certains cas même où le rectum sera perforé, l'incision simple pourra être préférée en raison de l'état du malade.

S'il persistait une fistule, ce qui n'est nullement certain, on aurait recours à l'excision suivie de la suture.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- SAVIARD. — Nouveau recueil d'Observ. Chirurg., 1702.
FAGET. — Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement
(Mém. de l'Acad. roy. de Chir., 1743).
FOUBERT. — Sur les grands abcès du fondement (*Ibid.*, 1767).
DEBALZ. — Th. du Collège de Chir., 1761.
MARCHAND. — Journ. de méd., 1775.
MICHAUD. — Th. du Collège de Chir., 1788.
J.-L PETIT. — Œuvres posthumes, 1790.
SABATIER. — Méd. éclairée par les Sc. nat., 1791.
VALLET. — Th. Paris, 1803.
AUBLET. — Th. Paris, 1804.
RICHERAUD. — Nosographie Chirurgicale, 1805.
TISSEYRE. — Th. Paris, 1811.
MONTAGNON. — Ann. Clin. de Montpellier, 1814.
MANES. — Th. Paris, 1819.
VELPEAU. — 1832 (Dict. en 30 vol.).
LHOMME. — Th. Paris, 1839.
RIBES. — Mém. de Phys., de Chir. et de Path., 1841-45.
BERTHERAUD. — Th. Paris, 1853.
DANIEL MOLLIÈRE. — Maladies de l'Anus et du Rectum.
NÉLATON. — Elém. de Pathologie Chir., 1858.
CHASSAIGNAC. — Dict. encyclop. des Sc. méd. Art. Anus.
LAROYENNE. — Gaz. hebd., 1872, p. 645.

- ARDILOUZE. — Th. Paris, 1873.
VERNEUIL. — Rev. méd. franç. et étr. Paris, 1878, p. 648.
JALABERT. — Th. Paris, 1878.
DE BARAU, DE MURATEL. — Th. Paris, 1886.
MELOCHE. — Th. Paris, 1887
RECLUS. — Clin. Chirurg. Hôtel-Dieu, 1888 ; Pitié, 1894.
FOLLIN ET DUPLAY, — Pathologie externe.
BAZY. — Soc. de Chir., 1887.
TRÉLAT. — Soc. de Chir., 1887.
BERGER. — Soc. de Chir., 1887
HORTELOUP. — Soc. de Chir., 1887.
TERRIER. — Soc. de Chir., 1887 ; Gaz, hebdom. 8 Juillet, 1887.
Duplay. — Gaz. des Hôp., 1892, p. 1018 ; Union méd., 1891, p. 853.
ETCHEPARE. — Th. Paris, 1893-94.
QUÉNU. — Gaz. méd. Paris, 1894, p. 145 et 169.
QUÉNU ET HARTMANN. — Chirurgie du rectum.
COUGNEUC. — Th. Paris, 1895-96.
POTHERAT. — Traité de Chir. Duplay et Reclus, Tome VII.
TILLAUX. — Chirurgie Clinique.
TILLAUX. — Traité d'Anatomie Topographique :
FORQUE ET RECLUS. — Traité de Thérap. Chir., 1898.
GUINARD. — Rev. gén. de Clin. et Thérap., 1898, p. 129.
LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, Tome VIII, 1899.

